

# Клинико-анамнестические особенности дисгидротической экземы: одномоментное исследование

А.С. Шачнев<sup>1✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-1655-8992>, dr.shachnev@gmail.com

О.В. Жукова<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

Е.И. Касихина<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>, kasprof@bk.ru

<sup>1</sup> Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

<sup>2</sup> Московский центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17

## Резюме

**Введение.** Дисгидротическая экзема (ДЭ) – распространенная разновидность экземы, характеризующаяся везикулярными или буллезными высыпаниями на коже кистей и (или) стоп, склонная к хроническому и рецидивирующему течению, рефрактерности к проводимой терапии и развитию осложнений.

**Цель.** Провести анализ клинико-анамнестических особенностей дисгидротической экземы. Дать описание клинических случаев ДЭ и опыта наружной терапии.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 132 пациента (55 мужчин и 77 женщин) с ДЭ в возрасте от 19 до 78 лет. Средний возраст составил  $33,7 \pm 10,3$  года. Для оценки тяжести течения ДЭ использовался Индекс площади поражения и степени тяжести ДЭ (Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index, DASI), для оценки зуда использовалась визуально-аналоговая шкала, ВАШ (Visual Analogue Scale, VAS).

**Результаты.** Отягощенный аллергоанамнез выявлен у 40,1% пациентов, atopический анамнез – у 18,2% пациентов. Гипергидроз кистей и стоп диагностирован у 3,8% пациентов. Средний балл индекса DASI составил 12,6 вне зависимости от пола ( $p = 0,096$ ). Особенности клинического течения ДЭ характеризовались преобладанием легкой (68,2%) и средней степени тяжести (31,0%) с локализацией патологического процесса преимущественно на коже кистей в 73,5% случаев. Кожный зуд сопровождал высыпания в 54,5% случаев. Наружная терапия кремом, содержащим бетаметазона дипропионат 0,05%, гентамицина сульфат 0,1% и клотримазол 1%, показала высокую эффективность в терапии острого и подострого течения ДЭ кистей и стоп, осложненных вторичной инфекцией. Препарат продемонстрировал достижение клинического эффекта «чистой кожи» у 82,1% пациентов с ДЭ.

**Выводы.** Изучение анамнестических и клинических особенностей ДЭ важно для оптимизации системной и наружной терапии заболевания, анализа факторов риска, позволяющих контролировать течение заболевания и разрабатывать индивидуальные схемы профилактики обострений.

**Ключевые слова:** дисгидротическая экзема, клинические особенности, наружная терапия, бетаметазона дипропионат, гентамицин, клотримазол

**Для цитирования:** Шачнев АС, Жукова ОВ, Касихина ЕИ. Клинико-анамнестические особенности дисгидротической экземы: одномоментное исследование. *Медицинский совет.* 2025;19(2):73–80. <https://doi.org/10.21518/ms2025-054>.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

# Clinical and anamnestic features of dyshidrotic eczema: A cross-sectional study

Aleksandr S. Shachnev<sup>1✉</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-1655-8992>, dr.shachnev@gmail.com

Olga V. Zhukova<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-5723-6573>, klinderma@inbox.ru

Elena I. Kasikhina<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-0767-8821>, kasprof@bk.ru

<sup>1</sup> Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia

<sup>2</sup> Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninsky Ave., Moscow, 119071, Russia

## Abstract

**Introduction.** Dyshidrotic eczema (DE) is a common type of eczema characterized by vesicular or bullous rashes on the skin of hands and (or) feet, prone to chronic and recurrent course, refractoriness to therapy and development of complications.

**Aim.** To analyze the clinical and anamnestic features of dyshidrotic eczema. Describe clinical cases of DE and experience with external therapy.

**Materials and methods.** The study included 132 patients (55 men and 77 women) with DE aged 19 to 78 years, the average age was  $33.7 \pm 10.3$  years. To assess the severity of the course of DE, The Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index (DASI) was used, and a visual analog scale, The Visual Analogue Scale (VAS), was used to assess itching.

**Results.** Aggravated allergic anamnesis was revealed in 40.1% of patients, atopic anamnesis – in 18.2% of patients. Hyperhidrosis of hands and feet was diagnosed in 3.8% of patients. The mean DASI index score was 12.6 regardless of gender ( $p = 0.096$ ).

The clinical course of DE was characterized by predominance of mild (68.2%) and moderate severity (31.0%) with localization of the pathological process mainly on the skin of hands in 73.5% of cases. Cutaneous itching accompanied the rashes in 54.5% of cases. External therapy with cream containing betamethasone dipropionate 0.05%, gentamicin sulfate 0.1% and clotrimazole 1% showed high efficacy in the treatment of acute and subacute course of DE of hands and feet complicated by secondary infection. The drug demonstrated achievement of the clinical effect of "clear skin" in 82.1% of patients with DE.

**Conclusions.** The study of anamnestic and clinical features of DE is important for optimization of systemic and external therapy of the disease, analysis of risk factors that allow to control the course of the disease and develop individual schemes for prevention of exacerbations.

**Keywords:** dyshidrotic eczema, clinical features, topical therapy, betamethasone dipropionate, gentamicin, clotrimazole

**For citation:** Shachnev AS, Zhukova OV, Kasikhina EI. Clinical and anamnestic features of dyshidrotic eczema: A cross-sectional study. *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(2):73–80. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-054>.

**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

Дисгидротическая экзема (ДЭ), или острый рецидивирующий везикулярный дерматит кистей и стоп, – разновидность экземы, характеризующейся везикулярными или буллезными элементами на коже латеральной поверхности пальцев кистей и/или стоп, коже ладоней и/или подошв, склонной к длительному и рецидивирующему течению, развитию осложнений, резистентности к проводимой терапии и негативному влиянию на качество жизни [1–3].

Распространенность ДЭ, по данным различных отечественных и зарубежных эпидемиологических исследований, может варьировать от 6,0 до 53,1% в структуре экзематозных поражений кистей и стоп [4, 5]. ДЭ преимущественно регистрируется в возрастной группе 20–30 лет, что подчеркивает актуальность решения проблемы у лиц молодого и работоспособного возраста [6, 7]. Риск развития заболевания среди мужчин и женщин примерно одинаков. Несмотря на имеющиеся различия результатов исследований, посвященных изучению гендерных особенностей заболевания, более частая регистрация случаев ДЭ отмечается у молодых женщин [8, 9]. Пик дебюта заболевания среди женщин приходится на возраст 15–25 лет, у мужчин – на 30–40 лет [10]. Манифестация или рецидивы ДЭ, как правило, отмечаются в теплое время года и в жаркую погоду [6, 9, 11].

Этиопатогенез ДЭ до настоящего времени изучен недостаточно. Отсутствие четкого понимания этиологии и патогенеза привело к изучению наиболее часто встречающихся провоцирующих или предполагаемых факторов риска, ассоциированных с дебютом заболевания, среди которых основными являются: генетическая предрасположенность, атопия, контактная аллергия, дерматофитная инфекция в отдаленном месте, прием лекарственных препаратов, а также общие и неспецифические воздействия, такие как длительный контакт с водой, курение, стресс, гипергидроз и др. [3, 9].

Клинически ДЭ проявляется высыпаниями в виде глубоко расположенных микровезикул, иногда сливающихся между собой, и в редких случаях образующих крупные пузыри. Экссудативные элементы локализуются на коже,

преимущественно латеральной, а также тыльной поверхности пальцев кистей и (или) стоп, ладонной поверхности кистей и (или) подошвенной поверхности стоп [3, 6]. Везикулы имеют диаметр от 1 до 2 мм и внешне напоминают «пуддинг из тапиоки» или представлены глубоко расположенными плотными пузырьками, которые просвечивают сквозь эпидермис, напоминая «зерна саго» [12, 13]. Высыпания могут локализоваться как на фоне неизменной кожи или сопровождаться эритемой. Эволюция везикул приводит к формированию микроэрозий с отслаивающимися обрывками эпидермиса по периферии, через 2–3 нед. процесс разрешается с явлениями десквамации. Повторные обострения процесса могут наблюдаться с различной периодичностью. В хронической стадии формируется застойная эритема, шелушение и трещины, процесс нередко осложняется присоединением вторичной инфекции [3, 8].

В острой стадии появление новых везикул сопровождается зудом различной интенсивности, от умеренного до сильного. Пациентов беспокоит продромальный зуд, который может предшествовать везикуляции [8, 14–16]. Острая и хроническая стадии дисгидротической экземы могут наблюдаться одновременно [6]. В тяжелых случаях поражение кожи может распространяться на всю ладонную или подошвенную поверхность [12]. Интервалы между обострениями могут составлять недели или месяцы. Рецидивы могут возникать настолько часто, что дисгидротическая экзема перерастает в хроническую и рецидивирующую форму [17]. Поражение кожи при ДЭ носит симметричный характер [6, 15]. В 80% случаев ДЭ поражает кожу кистей [6]. По данным европейского многоцентрового исследования, проведенного Agner T. et al. в 2017 г., сочетанное поражение кистей и стоп отмечалось у 10,3% больных везикулярной экземой [18].

Анализ отечественной литературы продемонстрировал актуальность изучения современных клинических особенностей ДЭ, что имеет важное значение в отработке тактики терапии у пациентов с хроническим течением заболевания.

**Цель** – провести анализ клинико-анамнестических особенностей дисгидротической экземы, дать описание клинических случаев ДЭ и опыта наружной терапии.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено наблюдательное одноцентровое одномоментное сплошное неконтролируемое исследование.

**Критерии включения:** возраст старше 18 лет и установленный диагноз «дисгидротическая экзема кистей и (или) стоп». Классификация экземы проведена в соответствии с классификацией МКБ-10 – L30.1.

**Критерии не включения** не запланированы. Контрольная группа не формировалась.

В исследование были включены данные 132 пациентов, находившихся на амбулаторном лечении и наблюдении в ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» ДЗМ в период с марта 2022 по август 2023 г.

Клиническое обследование включало сбор данных анамнеза настоящего заболевания, сбор аллергологического анамнеза (фармакологический анамнез; пищевой анамнез; анамнез настоящего заболевания; анамнез респираторных проявлений атопии; семейный анамнез аллергических и атопических заболеваний), наличие вредных привычек, физикальный осмотр.

Для оценки зуда использовалась визуально-аналоговая шкала, ВАШ (Visual Analogue Scale, VAS) [19]. Интенсивность зуда оценивалась на момент опроса больного в интервале от 0 до 10, где 0 – отсутствие зуда, 10 – его максимальная интенсивность. Интерпретация результатов шкалы ВАШ оценивается согласно отметке пациента на визуальной шкале, где 1–3 – легкий зуд, 4–7 – умеренный, 8–9 – сильный, 10 – очень сильный [20].

Для клинической оценки тяжести ДЭ и эффективности проводимой терапии использовался Индекс площади поражения и степени тяжести дисгидротической экземы (Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index, DASI) для оценки степени тяжести ДЭ, который основан на балльной оценке четырех основных параметров: везикул, эритемы, шелушения и зуда, а также учитывает площадь поражения. Максимальная сумма баллов DASI равна 60, где 0–15 – слабая, 16–30 – умеренная и 31–60 – тяжелая [19, 21].

Анализ данных проводился с помощью программы Microsoft Excel, версия 2016, для расчетов и построения графиков использовалась программа StatTech версии 4.6.3 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Описательная статистика представлялась в виде анализа структуры выборки по отдельным критериям (в % от общего количества), анализа средних значений полученных результатов  $\pm$  стандартного отклонения (SD). Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна – Уитни. Сравнение процентных долей при анализе четырехпольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия Пирсона ( $\chi^2$ ). Направление и теснота корреляционной связи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (при распределении показателей, отличных от нормального). Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 132 пациента с дисгидротической экземой в возрасте от 19 до 78 лет. Среди них мужчин было 55 (41,7%), женщин – 77 (58,3%). Средний возраст пациентов составил  $33,7 \pm 10,3$  года. Давность процесса составила  $3,7 \pm 5,3$  года.

На отсутствие связи обострений ДЭ и времени года указали 43 (32,6%) пациента, в то же время связывают обострение со временем года 89 (67,4%) больных, среди которых наиболее часто пациенты отмечают обострение зимой – 42 (31,8%), летом – 32 (24,2%), весной – 8 (6%) и осенью – 7 (5,3%).

Указание на отягощенный аллергоанамнез было у 53 (40,1%) больных ДЭ. На сенсibilизацию к пыльцевым аллергенам указали 14 (10,6%) пациентов, к эпидермальным аллергенам – 21 (15,9%), пищевым – 20 (15,2%). Из пищевых продуктов наиболее часто обострение провоцировали цитрусовые фрукты (11,4%) и шоколад (3,0%). Непереносимость лекарственных препаратов отмечали 15 (11,4%) пациентов. Различные нежелательные реакции вызывали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС) у 3 (2,2%) больных ДЭ, антибиотики пенициллинового ряда – у 5 (3,8%), сульфаниламиды – у 2 (1,5%). Среди лекарственных средств, провоцирующих нежелательные реакции, указывались в единичных случаях макролиды, тетрациклины, ацетилцистеин и азатиоприн.

На сопутствующие атопические заболевания указали 24 (18,2%) пациента с ДЭ. Атопический дерматит наблюдался у 16 (12,1%) пациентов, бронхиальная астма – у 8 (6,0%), аллергический риноконъюнктивит – у 1 (0,8%). У 5 (3,8%) пациентов ДЭ сопутствовал гипергидроз кистей и стоп. Наличие вредных привычек (регулярное курение сигарет и других табачных изделий) отметил 21 (16,0%) пациент.

При оценке индекса площади поражения и степени тяжести дисгидротической экземы (DASI) средний балл составил  $12,6 \pm 7,4$ . Таким образом, среди пациентов преобладало течение ДЭ легкой степени тяжести. Средний балл DASI у мужчин составил  $14,1 \pm 8,7$ , что свидетельствует о высокой частоте встречаемости более тяжелых и распространенных форм ДЭ у мужчин. Общая оценка DASI показывает, что течение заболевания легкой степени тяжести было диагностировано у 68,2% ( $n = 90$ ), средней степени – у 31% ( $n = 41$ ), тяжелой – у 1 (0,8%) пациента (табл. 1). При анализе DASI в зависимости от пола не были выявлены статистически значимые различия ( $p = 0,096$ ). При оценке связи возраста и DASI связь отсутствовала ( $p = 0,417$ ).

При физикальном обследовании острый процесс выявлен у 60 (45,5%), подострый – у 72 (54,5%). Высыпания были представлены везикулами, микроэрозиями и мелкопластинчатыми чешуйками.

Выявлены существенные различия в особенностях анатомической локализации очагов ДЭ у мужчин и женщин (табл. 2). ДЭ кистей чаще регистрировалась у женщин – 61 (79,2%), однако выявить статистически значимые различия по половому признаку не удалось.

- **Таблица 1.** Распределение пациентов с дисгидротической экземой по степени тяжести процесса с учетом пола, абс., %
- **Table 1.** Distribution of patients with Dyshidrotic eczema according to the severity of the process, taking into account gender, abs., %

| Показатель              | Мужчины<br>(n = 55) | Женщины<br>(n = 77) | Итого<br>(n = 132) |
|-------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Средний балл DASI (M±m) | 14,1±8,7            | 11,5±6,1            | 12,6±7,4           |
| Легкая степень тяжести  | 36 (65,5%)          | 54 (70,1%)          | 90 (68,2%)         |
| Средняя степень тяжести | 18 (32,7%)          | 23 (29,9%)          | 41 (31%)           |
| Тяжелая степень         | 1 (1,8%)            | -                   | 1 (0,8%)           |

- **Таблица 2.** Частота локализации дисгидротической экземы с учетом пола пациентов, абс., %
- **Table 2.** The frequency of localization of dyshidrotic eczema, taking into account the gender of patients, abs., %

| Локализация процесса                | Мужчины<br>(n = 55) | Женщины<br>(n = 77) | Итого<br>(n = 132) |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Правая кисть                        | 13 (23,6%)          | 15 (19,5%)          | 28 (21,2%)         |
| Левая кисть                         | 3 (5,5%)            | 6 (7,8%)            | 9 (6,8%)           |
| Симметричный процесс на коже кистей | 20 (36,4%)          | 40 (51,9%)          | 60 (45,5%)         |
| Правая стопа                        | 5 (9,1%)            | 4 (5,2%)            | 9 (6,8%)           |
| Левая стопа                         | -                   | 4 (5,2%)            | 4 (3,0%)           |
| Симметричный процесс на коже стоп   | 8 (14,5%)           | 5 (6,5%)            | 13 (9,9%)          |
| Сочетанное поражение кистей и стоп  | 6 (10,9%)           | 3 (3,9%)            | 9 (6,8%)           |

- **Таблица 3.** Характер течения дисгидротической экземы у пациентов мужского и женского пола
- **Table 3.** The nature of the course of dyshidrotic eczema in male and female patients

| Характер течения дисгидротической экземы | Мужчины<br>(n, %) | Женщины<br>(n, %) | Итого<br>(n, %) |
|------------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| Неосложненная                            | 36 (27,3%)        | 64 (48,5%)        | 100 (75,8%)     |
| Осложненная                              | 19 (14,4%)        | 13 (9,8%)         | 32 (24,2%)      |

- **Таблица 4.** Значения визуально-аналоговой шкалы оценки зуда у пациентов с дисгидротической экземой
- **Table 4.** Visual analogue scale values of itch assessment in patients with dyshidrotic eczema

| Интенсивность зуда         | Мужчины<br>(n = 55) | Женщины<br>(n = 77) | Итого<br>(n = 132) |
|----------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Общий средний балл (M ± m) | 2,9 ± 3,4           | 3,5 ± 3,3           | 3,28 ± 3,3         |
| Нет зуда (n, %)            | 29 (52,7%)          | 31 (40,3%)          | 60 (45,5%)         |
| Легкий зуд (n, %)          | 4 (7,3%)            | 9 (11,7%)           | 13 (9,8%)          |
| Умеренный зуд (n, %)       | 17 (31,0%)          | 30 (39,0%)          | 47 (35,6%)         |
| Сильный зуд (n, %)         | 5 (9,0%)            | 7 (9,0%)            | 12 (9,0%)          |
| Очень сильный зуд (n, %)   | -                   | -                   | -                  |

( $\chi^2 = 0,077$ ,  $p < 0,05$ ). Сочетанное поражение кистей и стоп и вовлечение обеих стоп чаще наблюдалось у мужчин без существенных различий по полу ( $p = 0,163$ ). Были выявлены клинические различия особенностей патологического процесса отдельных анатомических зон. Процесс носил симметричный характер с вовлечением кожи обеих кистей у 60 (45,5%) больных с ДЭ, изолированное поражение только правой кисти – у 28 (21,2%), с меньшей частотой ДЭ развивалась на коже левой кисти у 9 (6,8%) человек (табл. 2). Вовлечение в процесс доминирующей руки наблюдалось у 90 (68,2 %) пациентов с ДЭ. Нами выявлены различия в локализации высыпаний ДЭ на коже стоп: симметричное поражение стоп наблюдали у 13 (9,9%) пациентов, вовлечение в процесс только правой стопы – у 9 (6,8%) и только кожи левой стопы – у 4 (3,0%) (табл. 2).

Клиническая картина ДЭ, осложненной вторичной инфекцией, наблюдалась у 32 (24,2%) пациентов. У 75,8% пациентов заболевание протекало без клинических признаков вторичного инфицирования (табл. 3).

Среднее значение интенсивности зуда, согласно оценке по шкале ВАШ, составило  $3,28 \pm 3,3$ , показатель которого соответствовал легкому зуду, без существенных различий у мужчин и женщин ( $p = 0,374$ ).

Об отсутствии зуда сообщили 60 (45,5%) больных дисгидротической экземой из общего числа наблюдаемых. Незначительный (легкий) зуд был у 13 (9,8%), умеренный – у 47 (35,6%) и сильный зуд – у 12 (9,0%) пациентов. Среди анкетированных по визуально-аналоговой шкале ВАШ отметку «очень сильный зуд» не указал ни один из опрошенных (табл. 4).

Всем 32 пациентам с осложненным течением ДЭ в качестве топической терапии был назначен крем с фиксированной комбинацией, содержащий 0,05% бетаметазона дипропионата, 0,1% гентамицина сульфата и 1% клотримазола (Акридерм ГК) по схеме 2 раза в сутки в течение 14 дней с последующим постепенным сокращением частоты аппликаций до 1 раза в сутки и полной отменой препарата на 28-й день. В качестве системного лечения были назначены антигистаминные препараты.

На фоне наружной терапии кремом Акридерм ГК клиническое разрешение высыпаний наблюдалось через 14 дней у 17 (53,1%) пациентов. Значительное улучшение процесса отмечалось на 7-й день у 13 (40,6%) и на 14-й день – у 6 (18,7%) пациентов с ДЭ. Улучшение отмечено у 5 (17,9%) пациентов на 14-й день терапии. Суммарный процент относительного числа пациентов с достигнутым терапевтическим успехом по шкале DASI общей клинической оценки врача составил 100%. Снижение тяжести симптомов по шкале по сравнению с исходным уровнем продемонстрировало снижение на 77,97% (в 4,54 раза). Относительное число пациентов (%) с достигнутым терапевтическим успехом на уровне 75–99% составило 17,9%. Относительное число пациентов с достигнутым терапевтическим успехом на уровне 100% составило 82,1%.

Динамика эффективности наружной терапии отражена в табл. 5 и на рис. 1, 2.

● **Таблица 5.** Динамика индекса DASI у пациентов с дисгидротической экземой до и после лечения

● **Table 5.** Dynamics of DASI index in dyshidrotic eczema patients before and after treatment

| Показатель                 | До лечения | После лечения |
|----------------------------|------------|---------------|
| Острое течение (n = 11)    | 17,2 ± 8,7 | 0,6 ± 0,7     |
| Подострое течение (n = 21) | 21 ± 19,9  | 0,5 ± 0,9     |

Случаев развития нежелательных явлений, связанных с применением наружной терапии, не было отмечено. Лабораторные показатели крови у наблюдаемых нами пациентов находились в пределах референтных значений или клинически незначимо отклонялись от нормы.

## ОБСУЖДЕНИЕ

При исследовании индекса площади поражения и степени тяжести ДЭ средний балл индекса DASI составил 12,6 с преобладанием в изучаемой выборке ДЭ преимущественно легкой, умеренной и редко тяжелой степени тяжести соответственно. Анализ показал отсутствие связи пола и степени тяжести ( $p = 0,096$ ), однако средний балл DASI у мужчин составил 14,1, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости более тяжелых и распространенных форм ДЭ у мужчин.

По данным С. Schnopp et al., ДЭ характеризуется локализацией патологического процесса на ладонях у 75% больных, на подошвах – у 25% [22]. Клиническая картина наблюдаемых нами пациентов демонстрировала существенные различия в особенностях анатомической локализации очагов ДЭ. У 97 (73,5%) пациентов патологический процесс локализовался преимущественно на коже кистей, что, по-видимому, связано с более частыми контактами кожи рук с потенциальными провоцирующими факторами и аллергенами. На коже стоп ДЭ в нашем исследовании процесс развивался у 19,7% пациентов, но также отличается от данных, полученных в других исследованиях [22]. При описании клинической картины ДЭ большинство авторов упоминают симметричное расположение процесса [6, 15, 23]. По данным нашего исследования, у 45,5% пациентов имелось симметричное поражение кистей и у 9,9% – стоп. В то же время изолированное поражение только правой кисти встречалось часто и наблюдалось в 21,2% случаев, только левой кисти – в 6,8%. С изолированным процессом в области стоп наблюдались 9,8% больных ДЭ. Таким образом, односторонний процесс наблюдался у одной трети пациентов с ДЭ.

Согласно литературным данным, развитие экссудативного процесса при ДЭ сопровождается зудом [8, 14]. По результатам нашего анализа отсутствие зуда отмечали 45,5% пациентов с ДЭ.

На связь эпизодов обострения ДЭ с сезонностью указали 67,4% пациентов: в холодное время года – 31,8%, в летний период – 24,2%. Данные результаты могут различаться от других исследований, проводимых в Юго-Восточной Азии или в Европе [4, 15].

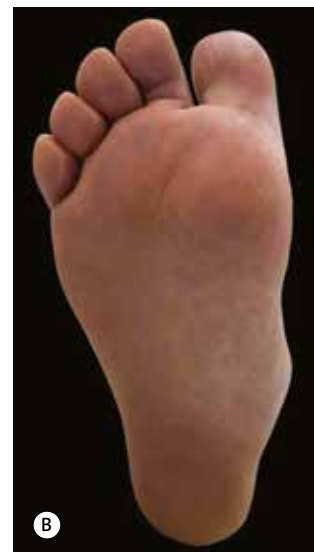
● **Рисунок 1.** Пациентка Ж., 36 лет. Клинические проявления дисгидротической экземы кистей до лечения (А) и на 14-й день терапии кремом Акридерм ГК (В)

● **Figure 1.** Patient W., 36 years old. Dyshidrotic eczema clinical manifestation before the treatment (А) and on the 14<sup>th</sup> day of therapy (В)



● **Рисунок 2.** Пациент М., 50 лет. Клинические проявления дисгидротической экземы до лечения (А) и на 10-й день терапии (В)

● **Figure 2.** Patient M., 50 years old. Dyshidrotic eczema clinical manifestation before the treatment (А) and on the 10<sup>th</sup> day of therapy (В)



Ограничением данного исследования можно считать недостаточную выборку групп пациентов с тяжелой формой ДЭ и клиническими характеристиками буллезных высыпаний. Клиническая картина у наблюдаемых нами пациентов с поражением кожи ладоней и подошв была представлена исключительно везикулярными высыпаниями. Подсчет индекса DASI ассоциирован с существенными искажениями результата в случае сочетанного поражения кожи кистей и стоп, при котором считаются средние значения, что может потенциально занижать степень тяжести ДЭ.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 1

Пациентка Ж. 36 лет обратилась с жалобами на рецидивирующие, зудящие высыпания и шелушение на коже кистей. Из анамнеза известно, что вышеописанные симптомы беспокоят в течение четырех лет. Аллергический анамнез отягощен, имеется аллергия на цитрусовые фрукты, в детстве наблюдалась с диагнозом «атопический дерматит». Обострения чаще отмечала в холодное время года без четкой связи с какими-либо провоцирующими факторами. Текущие симптомы беспокоят в течение трех недель, отмечает, что воспалительный процесс, как правило, начинается с появления пузырьков и зуда на ладонях и боковых поверхностях пальцев, после чего начинает распространяться, поражая преимущественно кожу ладоней и пальцев кистей. Амбулаторное лечение не получала.

Объективно кожный патологический процесс носил подострый воспалительный симметричный характер, локализованный преимущественно на коже ладонной поверхности кистей и латеральной поверхности пальцев и представленный очагами бледно-розовой эритемы, множественными сгруппированными эритематозными микровезикулами с плотной покрывкой, напоминающими зерна саго, микроэрозиями с ободком из отслаивающегося эпидермиса, мелкопластинчатыми чешуйками, медово-желтыми корочками. Субъективно отмечался умеренный периодический зуд (рис. 1А).

Лабораторные показатели общего и биохимического анализа крови, мочи – в пределах референсных значений. В микроскопическом исследовании элементы патогенного гриба не обнаружены. Исследование микробного биоценоза кожи проводили культуральным методом (бактериологическое исследование биоматериала на условно-патогенную микрофлору). С очагов поражения на тыле кистей были выделены культуры *Staphylococcus aureus* 10 x 5 КОЭ/мл. Уровень общего IgE составил 46 МЕ/мл.

На основании данных анамнеза, объективного осмотра и результатов проведенного лабораторного исследования был выставлен диагноз «дисгидротическая экзема кистей, осложненная вторичным инфицированием, средней степени тяжести, обострение». DASI – 24.

В качестве топической терапии пациентке был назначен крем с фиксированной комбинацией бетаметазона дипропионата 0,05% и гентамицина сульфата 0,1% по схеме 2 раза в сутки в течение 14 дней

с последующим постепенным сокращением частоты аппликаций до 1 раза в сутки и полной отменой препарата на 28-й день. В качестве системного лечения были назначены антигистаминные препараты, даны рекомендации по уходу за кожей. На 14-й день терапии кожный патологический процесс и зуд полностью регрессировали, отмечалось полное восстановление микрорельефа кожи кистей (рис. 1В). DASI – 0. Дополнительно после окончания основного курса была рекомендована поддерживающая терапия и выданы правила рационального ухода за кожей с ДЭ.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 2

Пациент М. 50 лет обратился с жалобами на высыпания и шелушение на коже правой стопы. Из анамнеза известно, что вышеописанные симптомы беспокоят с двух лет с периодическими рецидивами без явных провоцирующих факторов. Аллергологический анамнез и анамнез по atopическим заболеваниям не отягощен. Текущие симптомы беспокоят в течение двух недель. Амбулаторное лечение не получал.

Объективно кожный патологический процесс носил подострый воспалительный ограниченный характер, локализованный преимущественно на коже подошвенной поверхности правой стопы и представленный очагами множественными, одиночными и сгруппированными эритематозными микровезикулами с плотной покрывкой, напоминающими зерна саго, микроэрозиями с ободком из отслаивающегося эпидермиса, мелкопластинчатыми чешуйками, серозными корочками. Субъективно – без особенностей (рис. 2А).

Лабораторные показатели общего и биохимического анализа крови, мочи – в пределах референсных значений. В микроскопическом исследовании элементы патогенного гриба не обнаружены. При бактериологическом исследовании биоматериала на условно-патогенную микрофлору с очагов поражения на коже стоп была выделена монокультура *Staphylococcus aureus* 10 x 7 КОЭ/мл. Показатель общего IgE не превышал референсных значений, <2,5 МЕ/мл.

На основании данных анамнеза, объективного осмотра и результатов проведенного лабораторного исследования был выставлен диагноз «дисгидротическая экзема правой стопы, осложненная вторичным инфицированием, легкой степени тяжести, обострение». DASI – 10.

В качестве топической терапии пациенту была назначена монотерапия кремом с фиксированной комбинацией бетаметазона дипропионата 0,05% и гентамицина сульфата 0,1% по схеме 2 раза в сутки в течение 14 дней с последующим постепенным сокращением частоты аппликаций до 1 раза в сутки и полной отменой препарата на 28-й день, эмоленды, даны рекомендации по уходу за кожей. На 10-й день терапии кожный патологический процесс полностью регрессировал, отмечалось восстановление микрорельефа кожи правой стопы (рис. 2В). DASI – 0. Дополнительно после окончания основного курса была рекомендована поддерживающая терапия.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, современное клиническое течение ДЭ характеризуется преобладанием легкой (68,2%) и средней степени тяжести (31,0%) с локализацией патологического процесса на коже кистей в 73,5% случаев. У мужчин заболевание протекает тяжелее и носит распространенный характер. Кожный зуд сопровождал высыпания в 54,5% случаев. Процесс осложнялся вторичным инфицированием у 24,2% больных ДЭ.

Топическая патогенетически обоснованная терапия ДЭ, осложненная вторичным инфицированием, должна проводится вне зависимости от пола, возраста, степени тяжести, особенностей локализации и выраженности субъективной симптоматики. Фиксированная комбинация, содержащая бетаметазона дипропионат 0,05%, гентамицина сульфат 0,1% и клотримазол 1% (Акридерм ГК, лекарственная форма крем), показала высокую эффективность в терапии острого и подострого течения ДЭ кистей и стоп,

осложненной вторичной инфекцией. Суммарный процент относительного числа пациентов с достигнутым терапевтическим успехом по шкале DASI общей клинической оценки врача составил 100%. Снижение тяжести симптомов по шкале, по сравнению с исходным уровнем, продемонстрировало снижение на 77,97% (в 4,54 раза). Препарат продемонстрировал достижение клинического эффекта «чистой кожи» у 82,1% пациентов с ДЭ, что позволяет рекомендовать его пациентам в качестве препарата выбора для лечения различных форм дисгидротической экземы.

Таким образом, изучение анамнестических и клинических особенностей ДЭ важно для оптимизации системной и наружной терапии заболевания, анализа факторов риска, позволяющих контролировать течение заболевания и разрабатывать индивидуальные схемы профилактики обострений.



Поступила / Received 27.01.2025

Поступила после рецензирования / Revised 14.02.2025

Принята в печать / Accepted 14.02.2025

## Список литературы / References

1. Veien NK. Acute and recurrent vesicular hand dermatitis. *Dermatol Clin*. 2009;27(3):337–353. <https://doi.org/10.1016/j.det.2009.05.013>.
2. Coenraads PJ. Hand eczema. *N Engl J Med*. 2012;367(19):1829–1837. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp110408>.
3. Шачнев АС, Жукова ОВ, Касихина ЕИ. Дисгидротическая экзема: клинико-эпидемиологические особенности и тактика терапии. *Медицинский совет*. 2024;18(5):230–238. <https://doi.org/10.21518/ms2024-081>. Shachnev AS, Zhukova OV, Kasikhina EI. Dyshidrotic eczema: clinical and epidemiological features and therapy tactics. *Meditsinskiy Sovet*. 2024;18(5):230–238. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2024-081>.
4. Meding B, Swanbeck G. Epidemiology of different types of hand eczema in an industrial city. *Acta Derm Venereol*. 1989;69(3):227–233. <https://doi.org/10.2340/0001555569227233>.
5. Clement A, Ferrier le Bouedec MC, Crepy MN, Raison-Peyron N, Tetart F et al. Hand eczema in glove-wearing patients. *Contact Dermatitis*. 2023;89(3):143–152. <https://doi.org/10.1111/cod.14357>.
6. Leung A, Barankin B, Hon EKL. Dyshidrotic Eczema. *Enliven: Pediatr Neonatol Biol*. 2014;1(1):2. <https://doi.org/10.7759/cureus.10839>.
7. Agner T, Elsner P. Hand eczema: epidemiology, prognosis and prevention. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34(1):4–12. <https://doi.org/10.1111/jdv.16061>.
8. Lofgren SM, Warshaw EM. Dyshidrosis: epidemiology, clinical characteristics, and therapy. *Dermatitis*. 2006;4(17):165–181. <https://doi.org/10.2310/6620.2006.05021>.
9. Wollina U. Pompholyx: a review of clinical features, differential diagnosis, and management. *Am J Clin Dermatol*. 2010;11(5):305–314. <https://doi.org/10.2165/11533250-000000000-00000>.
10. Яковлев АБ, Круглова ЛС. Дисгидроз и дисгидрозиформные дерматозы: особенности клиники, диагностики и лечения. *Клиническая дерматология и венерология*. 2018;17(4):72–78. <https://doi.org/10.17116/klinderma20181704172>. Yakovlev AB, Kruglova LS. Dyshidrosis and dyshidrotic dermatoses: characteristics of clinical presentation, diagnosis, and treatment. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2018;17(4):72–78. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma20181704172>.
11. Agarwal US, Besarwal RK, Gupta R, Agarwal P, Napalia S. Hand eczema. *Indian J Dermatol*. 2014;59(3):213–224. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.131372>.
12. Calle Sarmiento PM, Chango Azanza JJ. Dyshidrotic Eczema: A Common Cause of Palmar Dermatitis. *Cureus*. 2020;12(10):e10839. <https://doi.org/10.7759/cureus.10839>.
13. Бутов ЮС, Скрипкин ЮК, Иванов ОЛ (ред.). *Дерматовенерология: национальное руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020. 896 с.
14. Storrs FJ. Acute and recurrent vesicular hand dermatitis not pompholyx or dyshidrosis. *Arch Dermatol*. 2007;143(12):1578–1580. <https://doi.org/10.1001/archderm.143.12.1578>.
15. Kim HJ, Bang CH, Kim HO, Lee DH, Ko JY, Park EJ et al. Korean Society of Contact Dermatitis and Skin Allergy. 2020 Korean Consensus Guidelines for Diagnosis and Treatment of Chronic Hand Eczema. *Ann Dermatol*. 2021;33(4):351–360. <https://doi.org/10.5021/ad.2021.33.4.351>.
16. Minelli L, Floriao RA, Sternick M, Gon ADS. Disidrose: aspectos clinicos, etiopatogenicos e terapeuticos. *An Bras Dermatol*. 2008;83(2):107–115. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962008000200002>.
17. Menné T, Johansen JD, Sommerlund M, Veien NK. Hand eczema guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis*. 2011;65(1):3–12. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0536.2011.01915.x>.
18. Agner T, Aalto-Korte K, Andersen KE, Foti C, Giménez-Arnau A, Goncalo M et al. Factors associated with combined hand and foot eczema. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017;31(5):828–832. <https://doi.org/10.1111/jdv.14016>.
19. Адашкевич ВП. *Диагностические индексы в дерматологии*. М.: Издательство Панфилова; 2014. 352 с.
20. Reich A, Heisig M, Phan NQ, Taneda K, Takamori K, Takeuchi S et al. Visual analogue scale: evaluation of the instrument for the assessment of pruritus. *Acta Derm Venereol*. 2012;92(5):497–501. <https://doi.org/10.2340/00015555-1265>.
21. Vocks E, Plötz SG, Ring J. The Dyshidrotic Eczema Area and Severity Index – A score developed for the assessment of dyshidrotic eczema. *Dermatology*. 1999;198(3):265–269. <https://doi.org/10.1159/000018127>.
22. Schnopp C, Remling R, Möhrschlager M, Weigl L, Ring J, Abeck D. Topical tacrolimus (FK506) and mometasone furoate in treatment of dyshidrotic palmar eczema: a randomized, observer-blinded trial. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46(1):73–77. <https://doi.org/10.1067/mjd.2002.117856>.
23. Brazzelli V, Grassi S, Savasta S, Ruffinazzi G, Carugno A, Barbaccia V et al. Pompholyx of the hands after intravenous immunoglobulin therapy for clinically isolated syndrome: a paediatric case. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2014;27(1):127–130. <https://doi.org/10.1177/039463201402700117>.
24. Бизунова МА, Ильина НГ, Дёмина ДВ, Криницына ЮМ, Сергеева ИГ. Пищевая аллергия и сенсибилизация у больных дисгидротической экземой. *Клиническая дерматология и венерология*. 2017;16(5):31–35. <https://doi.org/10.17116/klinderma201716531-34>. Bizunova MA, Ilina NG, Demina DV, Krinitsyna YuM, Sergeeva IG. Food allergy and sensitization in patients with dyshidrotic eczema. *Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya*. 2017;16(5):31–35. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/klinderma201716531-34>.

## Вклад авторов:

Концепция статьи – А.С. Шачнев

Концепция и дизайн исследования – А.С. Шачнев, О.В. Жукова, Е.И. Касихина

Написание текста – А.С. Шачнев, О.В. Жукова, Е.И. Касихина

Сбор и обработка материала – А.С. Шачнев, О.В. Жукова

Обзор литературы – А.С. Шачнев, Е.И. Касихина

Анализ материала – А.С. Шачнев, О.В. Жукова, Е.И. Касихина

Статистическая обработка – А.С. Шачнев, Е.И. Касихина

Редактирование – О.В. Жукова, Е.И. Касихина

Утверждение окончательного варианта статьи – О.В. Жукова, Е.И. Касихина, А.С. Шачнев

### **Contribution of authors:**

Concept of the article – Aleksandr S. Shachnev

Study concept and design – Aleksandr S. Shachnev, Olga V. Zhukova, Elena I. Kasikhina

Text development – Aleksandr S. Shachnev, Olga V. Zhukova, Elena I. Kasikhina

Collection and processing of material – Aleksandr S. Shachnev, Olga V. Zhukova

Literature review – Aleksandr S. Shachnev, Elena I. Kasikhina

Material analysis – Aleksandr S. Shachnev, Olga V. Zhukova, Elena I. Kasikhina

Statistical processing – Aleksandr S. Shachnev, Elena I. Kasikhina

Editing – Olga V. Zhukova, Elena I. Kasikhina

Approval of the final version of the article – Olga V. Zhukova, Elena I. Kasikhina, Aleksandr S. Shachnev

**Согласие пациентов на публикацию:** пациенты подписали информированное согласие на публикацию своих данных.

**Basic patient privacy consent:** patients signed informed consent regarding publishing their data.

### **Информация об авторах:**

**Шачнев Александр Сергеевич**, аспирант кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; dr.shachnev@gmail.com

**Жукова Ольга Валентиновна**, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; главный врач, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; klinderma@inbox.ru

**Касихина Елена Игоревна**, к.м.н., доцент, доцент кафедры дерматовенерологии, аллергологии и косметологии Медицинского института, Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы; 117198, Россия, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6; врач-дерматовенеролог, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии; 119071, Россия, Москва, Ленинский проспект, д. 17; kasprof@bk.ru

### **Information about the authors:**

**Aleksandr S. Shachnev**, Postgraduate Student of the Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklai St., Moscow, 117198, Russia; dr.shachnev@gmail.com

**Olga V. Zhukova**, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Dermatovenereology Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia; Chief Medical Officer, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Leninskiy Ave., Moscow, 119071, Russia; klinderma@inbox.ru

**Elena I. Kasikhina**, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Dermatovenereology, Allergology and Cosmetology, Institute of Medicine, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba; 6, Miklukho-Maklaya St., Moscow, 117198, Russia; Dermatologist, Moscow Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology; 17, Lenin Ave., Moscow, 119071, Russia; kasprof@bk.ru